

採取行動通知

郡

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

通知日期 : _____
案件姓名 : _____
號碼 : _____
工作人員姓名 : _____
號碼 : _____
電話號碼 : _____
地址 : _____

ADDRESSEE

有問題嗎？可以問你的工作人員。

州聽證：假如你認為採取的行動是錯誤的話，你可以請求聽證。本頁反面會告訴你怎樣進行。

郡政府已經將 _____ 個
(多少個月)
月份加回到你的加州工作機會並對孩子
負責任計畫(CalWORKs)福利引至工作
18或24個月時間限制中。

理由如下：

最近你得到找出你是否有學習障礙的評估。
CalWORKs的條例規定，當你符合下列所示
所有的規定時，郡政府必需將月份加回到你
福利引至工作的 18 或 24 個月的時間限制
中：

1. 你有學習障礙；

2. 在你做學習障礙評估前，你簽署
了一份CalWORKs的福利引至工作方
案。但是這方案沒有包含你所需
要的適應你的學習障礙的事項；
並且

3. 在福利引至工作的活動中，你沒
有令人滿意的進展，或從中得到
利益，因為你的學習障礙沒有得
到照應。

我們的檔案顯示你符合以上所有的
項目。

注意： 此項改變不會將月份加回到你
CalWORKs領取現金補助60個
月的時間限制內。

規定此項行動的法規： All County Letter
01-70. 你可在你的福利所查閱。